

¿De quién es responsabilidad la formación continuada de los médicos?

H. Pardell-Alentá y C. Gómez-Asorey

Si la pregunta que encabeza este artículo se hubiera formulado hace 50 años en España, nadie hubiera dudado en responder que la formación médica continuada (FMC) era responsabilidad de los propios médicos y de sus organizaciones científico-profesionales. Sin embargo, hoy por hoy las respuestas divergen ampliamente y no son pocos quienes afirman sin ambages que es la administración sanitaria la responsable última de la FMC.

Esta breve introducción nos ha de servir para dar pie a un debate que, en la actualidad, se halla en plena efervescencia en nuestro país y en muchos de los de nuestro entorno y que, como veremos, se halla profundamente enraizado en la cuestión de base de cómo se organiza la sociedad y su sistema sanitario.

La formación médica continuada como deber profesional

Si abordamos la cuestión desde la vertiente genuinamente profesional, con independencia de que tomemos la formulación más tradicional del ideario del profesionalismo médico o la más actual^{1,2}, no hay duda de que la formación continuada para mantener la competencia profesional es una responsabilidad mayor del médico a lo largo de toda su vida.

Este concepto de la FMC, como un deber del médico, se ha recogido en la reciente revisión del Código Deontológico del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña³ y la contempla, asimismo, de forma explícita, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), cuando dice (Art. 33.1): «La formación continuada es el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los cono-

Puntos clave

- La formación continuada es una responsabilidad ético-profesional del médico, que debe mantenerse competente a lo largo de su vida.
- Los agentes empleadores tienen responsabilidades crecientes en la formación continuada de sus médicos-empleados.
- La administración sanitaria, como empleadora importante de los médicos, debe saber diferenciar su papel como ente regulador y como proveedor de formación médica continuada.
- La industria farmacéutica interviene activamente como patrocinador comercial de las actividades formativas, y debe observar las normas existentes.
- Es altamente aconsejable que cada uno de los actores del mundo de la formación médica continuada desempeñe su papel con rigor y coherencia.

cimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario»⁴.

En ambas formulaciones aparece, por otro lado, la noción de la formación continuada como un derecho del médico, haciéndose eco del clamor creciente en el mundo profesional, muy especialmente en su vertiente sindical. De este concepto de la FMC como un derecho vamos a ocuparnos más adelante con detenimiento.

La conceptualización de la FMC como un deber ético-profesional tiene mucho que ver con la manera en que el médico y sus organizaciones científico-profesionales abordan la cuestión del profesionalismo en la práctica y el compromiso de la autorregulación. En efecto, cuanto más firmemente creen en la diferenciación profesional, en el compromiso individual de por vida y en el mantenimiento de un ideario alejado del de los sistemas burocráticos, más apuestan por la vertiente de la FMC como un deber, convencidos de que, así, pueden situarse en una posición más ventajosa a la hora de reformular el contrato social con el

Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC). Madrid. España.

Correspondencia:
H. Pardell.
SEAFORMEC.
Pza. de las Cortes, 11. 28014 Madrid. España.
Correo electrónico: seaformec@cgcom.es

Manuscrito recibido el 23 de enero de 2006.
Manuscrito aceptado para su publicación el 23 de enero de 2006.

Palabras clave: Formación médica continuada. Ética profesional.
Eponsorización comercial.

Estado, que les ha de permitir seguir gozando de los privilegios inherentes a una profesión formalmente reconocida y socialmente aceptada^{5,6}.

Ni que decir tiene que, en este contexto, el deber del médico de mantenerse competente mediante la participación activa en programas de FMC se complementa con el que tienen las organizaciones científico-profesionales de facilitar dicha FMC, ya sea organizando actividades formativas o facilitando su provisión por otros. En España, el papel de las sociedades científicas ha sido tradicionalmente muy activo en este sentido y su responsabilidad actual sigue siendo fundamental⁷. Por lo que se refiere a los colegios de médicos, su papel en la provisión de actividades formativas es muy desigual en nuestro país; sin embargo, muchos de ellos y la propia Organización Médica Colegial están asumiendo responsabilidades crecientes, llevando a la práctica el enunciado de sus estatutos en este sentido.

En la actualidad son múltiples los frentes de acoso al profesionalismo médico, no sólo de orden externo, sino también interno¹. Y de entre estos últimos, el desplazamiento de las reivindicaciones de carácter genuinamente profesional hacia las de carácter más propiamente laboral-sindical ha supuesto la aparición de la noción de la FMC como un derecho, del que nos ocupamos a continuación.

El empleador y la formación médica continuada

En las últimas décadas, el trabajo del médico, en la mayoría de los países occidentales, se ha desplazado de manera progresiva de un régimen plenamente liberal al de asalariado de organizaciones complejas o de sistemas públicos de salud.

En dichas organizaciones, en las que la burocracia es el modelo por excelencia de la organización del trabajo, el papel del médico como profesional con capacidad de controlar su propio trabajo se ha ido reduciendo paulatinamente y ha llegado a situaciones límite en las que la organización establece sus propios planes asistenciales, para lo que contrata a profesionales médicos con perfil fundamentalmente técnico para llevar a cabo el trabajo específico requerido para cumplir con los compromisos económicos contractuales con entes compradores de servicios (los servicios de salud o megacorporaciones aseguradoras, habitualmente).

Esta relativa pérdida de autonomía, junto con la excesiva fragmentación del ámbito de conocimiento y del trabajo asistencial, comporta un protagonismo creciente de la organización en el diseño de los planes formativos del médico, al que no es ajeno el propio profesional cuando reclama con vehemencia, sin ofrecer contrapartidas razonables, que sea aquella la que se responsabilice de su FMC.

No cabe ninguna duda de que, en tales condiciones, la organización debe asumir sus responsabilidades en lo tocante a facilitar el mantenimiento de la competencia de sus profesionales médicos a través de los programas de FMC. Y mucho más a la vista de los datos que recientemente ha

aportado *The Economist*, en el sentido de que las empresas del sector sanitario son las que menos gastan en la incorporación de las nuevas tecnologías de la información a su trabajo cotidiano (alrededor del 2% de su presupuesto en comparación con el 10% de otros sectores, equivalente a menos de 500 dólares por empleado en comparación con los 8.000 dólares por empleado en el sector finanzas)⁸.

Pero, desde la vertiente del profesional, lo que hay que tomar en consideración es la conveniencia de que aquellas responsabilidades lleguen hasta el punto de asumir las del propio médico, si éste quiere mantener su estatus de profesional con unos márgenes razonables de autonomía.

Vistas así las cosas, es lógico que el profesional ponga énfasis creciente en su derecho a que el empleador le facilite la FMC, según se desprende del enunciado de la LOPS que antes contemplamos. Sin embargo, combinando esta óptica con la del apartado anterior, parece conveniente que el profesional sea capaz de encontrar el equilibrio entre el cumplimiento del deber y la reclamación del derecho, con el objeto de asegurar unos márgenes de autonomía que le permitan mantener su condición esencial de profesional, con lo que ello significa. En caso contrario, no parece aventurado pronosticar que su condición específica se irá diluyendo en el seno de la organización, acercándose progresivamente al perfil de un técnico cualificado sin más.

A la luz de la experiencia de las organizaciones pioneras en la implantación de la carrera profesional en España, no parece haber otra vía de solución del conflicto que el ejercicio del liderazgo de la innovación por parte del médico y la asunción de responsabilidades explícitas de gestión clínica, en un contexto de aprovechamiento máximo de los postulados del desarrollo profesional continuo⁹. De no hacerlo y dejarse llevar por la cultura predominante de la queja, con la adopción de una actitud pasiva y meramente reivindicativa, la organización invadirá de manera progresiva ámbitos de responsabilidad propios del profesional y éste irá entrando, lenta pero inexorablemente, en un declive de su influencia y su capacidad de controlar su trabajo. Por el contrario, si lo hace de manera decidida, se posiciona favorablemente para reivindicar el cumplimiento por parte de la organización de sus responsabilidades para con la FMC, pudiendo exigir el aporte de la financiación necesaria que posibilite, de manera total o parcial, la selección de los programas formativos adecuados en cada caso.

Papel de la Administración

Llegados a este punto, cabe preguntarse qué papel desempeña la Administración Sanitaria en este campo. Para responder a esta pregunta hemos de partir de la consideración de cómo se estructura la sociedad en conjunto y, en particular, su sistema sanitario.

En efecto, en los países que han optado por un modelo de organización sociopolítica de carácter estatista y centralizado, en los que el Estado se erige en el agente fundamental de la dirección de la sociedad y de su eventual

transformación, no cabe ninguna duda de que éste asume la responsabilidad de gestionar su sistema sanitario de manera directa y, en consecuencia, de organizar y proporcionar la FMC de los médicos que emplea. Esto es lo que ha ocurrido durante décadas en los países del bloque soviético, la mayoría de los cuales se hallan involucrados en un proceso de cambio acelerado en la actualidad¹⁰.

Por el contrario, en los países que se inspiran en un modelo liberal de economía de mercado, en los que el Estado deviene un agente que arbitra los conflictos entre los distintos agentes sociales, sin intervenir directamente en la gestión de los asuntos socioeconómicos, el sistema sanitario adopta las reglas fundamentales de aquella economía y, como máximo, introduce componentes moderadores que garanticen la equidad y dejan que la FMC sea responsabilidad de los propios médicos y sus organizaciones científico-profesionales, junto con los agentes empleadores. Esta situación es la propia de los países anglosajones, con Estados Unidos a la cabeza.

En nuestro país, el papel del Gobierno se encuentra marcado decididamente por su responsabilidad en la gestión del sistema de salud, grandemente inspirado en el del Reino Unido pero con cotas de intervención mayores, que hacen que el papel de los profesionales médicos quede en una posición claramente inferior a la de sus colegas británicos en lo que se refiere a los márgenes de autonomía profesional. Y a medida que la organización político-administrativa ha consolidado el «estado de las autonomías», con la asunción progresiva de competencias en la planificación y la gestión sanitarias por parte de los gobiernos autonómicos, el panorama se ha ido haciendo más complejo al emerger un afán, a veces desmesurado, de dichos gobiernos por controlar directamente no sólo la gestión de sus sistemas sanitarios sino además, y por lo que aquí nos interesa, la provisión de la FMC para los médicos que emplean (que son la gran mayoría).

Esta situación, que no se da con la misma intensidad en otros países europeos con sistemas de salud similares, coloca a los médicos españoles en una posición claramente desventajosa, haciéndolos mucho más dependientes de las administraciones sanitarias (central y, sobre todo, autonómicas) que, de esta forma, ejercen unos niveles de control profesional muy abrumadores y dejan escaso margen de autonomía real. Esta pérdida de control sobre su trabajo y la progresiva implantación de controles exteriores, junto con los bajos niveles salariales, explican en buena parte la situación de desmotivación de los médicos, que se sienten poco valorados por sus gestores públicos, mucho más interesados en aumentar las cotas de poder a expensas de los profesionales que de compartirlas^{11,12}.

De lo que hemos dicho hasta aquí cabe deducir que es el papel de empleador de la gran masa profesional de médicos lo que posibilita que algunas de las administraciones autonómicas se arroguen la responsabilidad plena de la provisión de la formación continuada para sus médicos-

empleados. Si no tuvieran este carácter de empleadores, se hace difícil imaginar que podrían llegar a hacerlo en tal grado, lo que nos clarifica la encrucijada actual en la que se encuentran al tener que, por un lado, actuar como árbitros sociales y, por otro, como parte activa en un sector especialmente sensible por sus repercusiones sociales.

Si a esto añadimos que tales administraciones no solamente se arrojan la responsabilidad de la provisión de la FMC sino que, además, muchas de ellas pretenden monopolizar su acreditación, se cierra un círculo vicioso que deja al profesional fuera de toda posibilidad de autorregulación y lo relega a un papel pasivo de asalariado sometido a regulaciones de todo tipo, algunas de las cuales atentan contra los fundamentos del ideario profesional.

Este panorama sombrío se encuentra matizado por algunas iniciativas del Gobierno de la Nación, que han puesto de manifiesto una voluntad de entendimiento con el mundo profesional médico. Tales iniciativas han sido, básicamente, la promulgación de la LOPS y la concesión de la encomienda de gestión al Consejo General de Colegios de Médicos para implementar un sistema específico de acreditación de la FMC¹³. En línea con lo que venimos diciendo, no ha de resultar paradójica la postura de algunas de las administraciones autonómicas al impugnar dicha encomienda de gestión por entender que menoscaba sus competencias en lo tocante al control de la profesión.

En consecuencia, si tomamos en consideración el panorama internacional, no cabría hacer otra recomendación a las administraciones sanitarias españolas que la de reconsiderar su posición y mostrarse mucho más abiertas a compartir cotas de poder con las organizaciones médicas, auspiciando iniciativas de autorregulación para las cuales se puede encontrar un terreno abonado en los momentos actuales. Ello, lógicamente, sin merma alguna de las atribuciones arbitrales que han de ejercer y de su capacidad de control último para asegurar los niveles adecuados de equidad y de calidad asistencial a la población entera. Y, de manera especial, que entiendan que la provisión de la FMC no sólo no es competencia exclusiva suya, sino que ni siquiera es deseable que se conviertan en proveedores mayores.

La esponsorización de la formación médica continuada

El último punto que se debe considerar es el papel que desempeñan los agentes esponsorizadores de las actividades formativas, básicamente la industria farmacéutica.

Es obvio que la industria participa de manera muy activa en el desarrollo científico-técnico médico-sanitario y que, en consonancia con su carácter empresarial, tiene un lógico interés en promocionar sus productos. Que una de las vías para hacerlo sea la esponsorización de las actividades de FMC no ha de sorprender a nadie, ni mucho menos generar actitudes de rechazo apriorístico basadas en concep-

ciones rayanas en una ética utópica, muy alejada de la realidad de las sociedades liberales de economía de mercado. Otra cosa es que, a partir de este planteamiento, se postule la introducción de mecanismos reguladores que tiendan a clarificar la situación y a evitar o minimizar las desviaciones derivadas de dicha esponsorización, en un contexto de abordaje realístico de la cuestión. Porque no podemos olvidar que, en todos los países de nuestro entorno, la esponsorización comercial de la FMC es una realidad incuestionable, sin la cual el mundo formativo se vería enormemente mermado, en detrimento del profesional, el sistema sanitario y la población.

En la situación actual, en ninguno de los sistemas de acreditación de nuestro país se aceptan actividades de FMC organizadas por la industria, en línea con lo que ocurre en la práctica totalidad de países occidentales. Por el contrario, sí que, en esta misma línea, se acepta la esponsorización comercial de dichas actividades, siempre y cuando se atenga a las regulaciones imperantes.

En los últimos tiempos, la prensa científico-profesional de todo el mundo se ha hecho amplio eco de la cuestión¹⁴⁻¹⁷. Tomando en consideración todos los aspectos del tema, que se han sumariado en la monografía que hace poco más de un año apareció en nuestro país¹⁸, los autores se inclinan por separar claramente la esponsorización de las actividades formativas del marketing; regular la utilización de los logos prohibiendo la aparición de marcas comerciales, evitar la influencia del espónsor sobre los contenidos del programa formativo, y explicitar claramente las relaciones existentes entre los promotores de actividades formativas y los ponentes-profesores con el espónsor a través de la declaración del conflicto de intereses.

En concordancia con estos planteamientos, en nuestro país se han llevado a cabo recientemente dos iniciativas fundamentales: por un lado, la promulgación del Código Español de Buenas Prácticas para la Promoción de los Medicamentos por parte de Farmaindustria¹⁹ y, por otro, la aprobación de la normativa sobre criterios de independencia de las actividades de formación continuada, por parte del Grupo de Trabajo sobre Mantenimiento, Desarrollo y Extensión del Sistema Acreditador de Actividades de Formación Continuada Sanitaria, de la Comisión Técnica de Desarrollo Profesional²⁰ y la de la normativa sobre esponsorización comercial de las actividades de formación médica continuada, por parte de la Comisión de Gobierno del Sistema Español de Acreditación de la FMC (SEAFORMEC)²¹.

De su aplicación estricta cabe esperar aquella clarificación del panorama de que hablábamos antes; la regulación adecuada de la presencia cada vez más amplia de las que en Estados Unidos se denominan «Medical Education & Communication Companies» (MECC) y que en España podríamos denominar Empresas de Formación Médica Continuada y Comunicación; y, por otro lado, un acercamiento a los sistemas de acreditación de los países más

avanzados, tanto europeos como, muy especialmente, norteamericanos, donde el tema de la regulación de la esponsorización cuenta con más larga trayectoria²². Ni que decir tiene que ello posibilitará, en gran manera, la homologación internacional de los créditos de FMC, para mayor beneficio de los médicos españoles.

Conclusión

En conclusión, a la vista de lo expuesto hasta aquí, parece oportuno recordar que, en nuestro país, hoy por hoy no es deseable que se avance hacia el monopolio de la FMC por parte de nadie y mucho menos de la Administración Sanitaria. Hacerlo supondría adentrarse en un panorama intervencionista, de control estatal de parcelas que, en una sociedad de libre mercado y democráticamente avanzada, han de permanecer alejadas del Gobierno con objeto de asegurar el libre juego de los actores sociales, reservando a aquél el papel arbitral y de control superior al que repetidamente hemos aludido.

Por otro lado, hay que insistir en que todos los actores entiendan bien qué es la FMC y, por añadidura, su acreditación, con objeto de evitar las perversiones que se derivan de interpretaciones abusivas o distorsionadas²³. Los enunciados de la LOPS sobre el tema han supuesto una aportación muy importante que ha de contribuir en gran manera a racionalizar el panorama en nuestro país.

De manera muy especial, es altamente deseable que los médicos sean capaces de entender la necesidad de alcanzar el equilibrio, del que hablábamos con anterioridad, entre el derecho a la FMC y su indeclinable deber de llevarla a cabo para mantenerse competentes a lo largo de su vida profesional. Ello comporta un cambio de mentalidad de muchos profesionales que, en la actualidad, se identifican más con un perfil de técnico superior al servicio de la organización que con el de profesional responsable y exigente que se involucra activamente en la gestión clínico-asistencial y mantiene amplios márgenes de autonomía, complementada con la implantación de iniciativas creíbles de autorregulación. En este aspecto, las organizaciones médicas tienen una gran responsabilidad y deben adoptar el liderazgo indispensable para reconducir una situación que, de no hacerlo, se volverá cada vez más difícil para ellas y para la profesión en conjunto²⁴.

La provisión de la FMC debe dejarse abierta a la intervención voluntaria de las instituciones que reúnan los mínimos requisitos para hacerlo, que son la inmensa mayoría de los proveedores actuales, y fomentar la participación de las organizaciones científico-profesionales médicas, tradicionalmente los máximos responsables de la FMC de sus miembros. El papel de los agentes empleadores es, como hemos visto, crucial en los momentos actuales, y deberán hacer un esfuerzo importante para adaptar sus esquemas de organización y funcionamiento a los modernos tiempos, dominados por la tecnología de la información de la que sus médicos empleados deben sacar el máximo prove-

cho en beneficio del usuario-paciente y de la propia organización. Y el de la Administración debe contemplarse desde la óptica anteriormente expuesta, ya que se debe auspiciar, por difícil que resulte, se sea ella misma la que entienda que debe permanecer alejada de la provisión de la FMC, dejándola en manos, en todo caso, de las instituciones empleadoras públicas (propias o concertadas).

Por lo que se refiere a la financiación de la FMC, debemos hacer gala de una mentalidad abierta, aceptar todas las posibilidades enunciadas y clarificar el papel y la aportación de cada uno de los agentes, haciendo cumplir las regulaciones existentes. En las condiciones laborales actuales es justo que el médico reclame la participación del empleador, el cual debe invertir más recursos en la formación de sus empleados, como lo hacen las empresas de otros sectores de servicios; sin embargo, no hay que perder de vista la posibilidad de que, en el contexto de una apuesta profesional individual, haya situaciones en las que la aportación del propio profesional sea decisiva. Y en todos los casos ha de hacerse patente el compromiso indeclinable del médico y de sus organizaciones en favor del mantenimiento de la competencia y del ideario profesional.

Finalmente, todos debemos huir de la concepción de que, de manera progresiva e insidiosa, se va introduciendo en el mundo real que entiende la FMC como una formación institucionalizada y programada a largo plazo, a la que el médico debe acogerse si quiere progresar en el sistema. Profundizar en esta línea conduce inexorablemente a la aparición de instituciones burocratizadas cuya utilidad, a la luz de la experiencia de otros países, es mucho más que dudosa. Sin renunciar a esta posibilidad, ciertamente residual, hay que insistir en el carácter ocasional de la gran mayoría de las actividades de FMC, algunas de las cuales, de gran valor formativo por lo demás, ni siquiera son formales. Es justamente este carácter ocasional lo que le confiere sus extraordinarias ventajas sobre la formación reglada, incapaz de dar respuesta actualizada a las necesidades cambiantes del mundo sanitario.

Agradecimiento

Agradecemos sinceramente los comentarios enriquecedores de J.A. Anguera, A. Gual, M. Martín-Baranera y J. Vilarasau.

Bibliografía

1. Pardell H. ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy? Educación Médica. 2003;6:63-80.
2. Oriol-Bosch A, Pardell H, directores invitados. La profesión médica: los retos del milenio. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2005.
3. Código de Deontología. Barcelona: Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña; 2005.
4. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE n.º 280, de 22 de noviembre de 2003.
5. Irvine D. The performance of doctors. I: Professionalism and self regulation in a changing world. BMJ. 1997;314:1540-2.
6. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism: a contract between medicine and society. CMAJ. 2000;162:668-9.
7. Millán J. Las sociedades científicas en el escenario de la formación médica continuada. Clin Invest Arterioescl. 2000;12:263-6.
8. Anonymus. Special report: IT in the health-care industry. The Economist. April 30th, 2005; p. 61-3.
9. Pardell H, Bruguera M. ¿Formación médica continuada o desarrollo profesional continuo del médico? Educación Médica. 2002;5:90-5.
10. Danishevski K, McKee M. Reforming the Russian health-care system. Lancet. 2005;365:1012-4.
11. Bruguera M. ¿Cuál es el grado de satisfacción de los médicos? JANO. 1999;LVI:1482.
12. Ferrer R. Burn out o síndrome de desgaste profesional. Med Clin (Barc). 2002;119:495-6.
13. Resolución de 22 de marzo de 2002, de la Subsecretaría, por la que se dispone la publicación de la Resolución de la Secretaría de Estado de Educación y Universidades y la Subsecretaría de Sanidad y Consumo sobre el «Convenio de colaboración en materia de formación continuada de las profesiones sanitarias, celebrado entre los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y Sanidad y Consumo y el Consejo General de Colegios Médicos». BOE n.º 81, de 4 de abril de 2002.
14. Grupo de Ética de la scmFYC. La ética de la relación con la industria farmacéutica. Encuesta de opinión a los médicos de familia de Cataluña. Aten Primaria. 2004;34:6-12.
15. Relman AS. Separating continuing medical education from pharmaceutical marketing. JAMA. 2001;285:2009-12.
16. Holmer AF. Industry strongly supports continuing medical education. JAMA. 2001;285:2012-4.
17. Steinbrook R. Commercial support and continuing medical education. N Engl J Med. 2005;352:534-5.
18. Pardell H, director. Industria farmacéutica y formación médica continuada. Barcelona: Ediciones MAYO S.A.; 2003.
19. Código Español de Buenas Prácticas para la Promoción de los Medicamentos. Madrid: Farmaindustria; 2004.
20. Disponible en: <http://msc.es/profesional/profesiones/formacionContinuada>
21. Disponible en: <http://cgcom.es/seaformec/pdf/normativa.pdf>
22. Relman AS. Defending professional independence. ACCME's proposed new guidelines for commercial support of CME. JAMA. 2003;289:2418-20.
23. Pardell H, Oriol-Bosch A, en nombre de la Comisión Permanente del Consejo Catalán de la Formación Médica Continuada. Sobre la acreditación de la formación médica continuada en España. Med Clin (Barc). 2003;120:261-4.
24. Berwick KDM. Medical associations: guilds or leaders? Either play the role of victims or actively work to improve healthcare systems. BMJ. 1997;314:1564-5.